

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

THÈSE **456**

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GARRIGUE Pierre, Armand, Jacques

né le 1^{er} Avril 1928, à Lourdes (Hautes-Pyrénées)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Casablanca

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1955

**75 CAS DE PROSTATECTOMIES
PAR UNE METHODE DÉRIVÉE DE LA TECHNIQUE DE HRYNTSCHAK
FACILITE DES SUITES OPERATOIRES**

Président : Mr. B. FEY, Professeur.

M. GERMAIN
92, Rue de Rennes
PARIS-VI^e
1956

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GARRIGUE Pierre, Armand, Jacques

né le 1^{er} Avril 1928, à Lourdes (Hautes-Pyrénées)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Casablanca

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1955

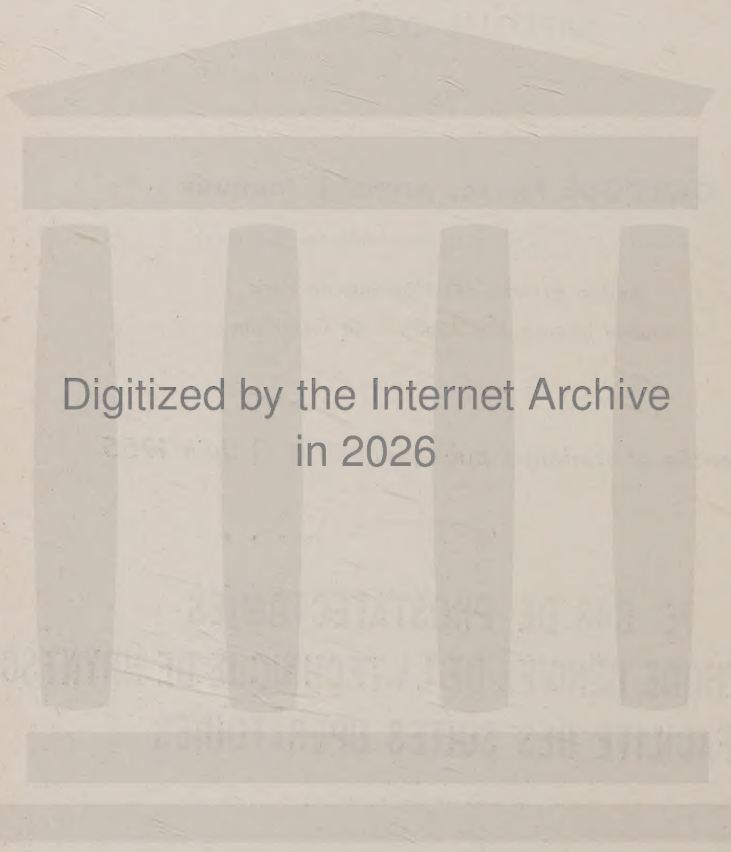
75 CAS DE PROSTATECTOMIES PAR UNE METHODE DÉRIVÉE DE LA TECHNIQUE DE HRYNTSCHAK FACILITE DES SUITES OPERATOIRES

Président : M^r. B. FEY, Professeur.

M. GERMAIN

92, Rue de Rennes
PARIS-VI^e

1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
	N...
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNK-BRENTANO (P)
	N...
Cliniques médicales	N...
	MOREAU (R.)
	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)

Cliniques obstétricales . . .	{Tarnier Baudelocque Port-Royal	LANTUEJOUL (P.) N... LACOMME (M.) VELTER (E.) AUBIN (A.)
Clinique ophtalmologique		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires		
Clinique psychiatrique infantile		
Clinique rhumatologique et sociale		
Clinique stomatologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique urologique		
Embryologie		
Génétique médicale		
Histoire de la médecine et de la chirurgie		
Histologie		
Hygiène et clinique de la première enfance		
Hygiène et médecine préventive		
Médecine du Travail		
Médecine légale		
Parasitologie et histoire naturelle médicale		
Pathologie chirurgicale		
Pathologie exotique		
Pathologie expérimentale et comparée		
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		
Pathologie médicale		
Pathologie et thérapeutique générales		
Pédiatrie sociale		
Pharmacologie et matière médicale		
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)		
Physiologie		
Physique médicale		
Radiologie médicale		
Technique chirurgicale		
Thérapeutique		
		RICHET (C.) HEUYER (C.) COSTE (F.) DECHAUME (M.) SENEQUE (J.) LEMAIRE (A.) FEY (B.) GIROUD (A.) LAMY (M.) N... N... CATHALA (J.) JOANNON (C.) DESOILLE (H.) PIEDELIEVRE (R.) GALLIARD (H.) MENEGAUX (G.) LAVIER (G.) LENEGRE (J.) MERKLEN (F.P.) BARIETY (M.) GARCIN (J.) MARIE (J.) HAZARD (R.) DOGNON (A.) BINET (L.) STROHL (A.) DESGREZ (H.) MOULONGUET (P.) TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie . . .	MM. {DELMAS (A.) pr. s. ch. {DEBEYRE (J.) {OLIVIER () (N...)	Embryologie . .	MM. TUCHMANN
Anatomie pathologique	{GAUTHIER-VILLARD {Melle P. pr. s. ch. {BUSSER (F.) {GOUYGOU (Ch.)	Histologie	(BULLIARD (H.) (pr. s. ch. (N... (N...)
Bactériologie	{NEVOT (A.) (N...)	Hydrologie . .	N...
Biochimie médicale	{ETTORI (J.) pr. s. ch. (N... (N...)	Hygiène . . .	{BOYER (J.) (pr. s. ch. {DEPARIS (M.) (pr. s. ch.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)	Maladies infectieuses . .	N...
Dermato-Syphilitographie	DUPERRAT (F.)		

Médecine légale et du travail	{DEROBERT (L.) pr. s. ch. {GAULTIER (M.) {HADENGUE (A.) (N....		{BERNARD (J.) {BOUDIN (G.) {CASTAIGNE (P.) {CONTE (M.) {DOMART (A.) {LAMOTTE (M.) {LAROCHÉ (Cl.) {MILLIEZ (P.) {PEQUIGNOT (H.) {PERRAULT (M.) {RAMBERT (P.) {THIEFFRY (St.) {TURIAF (J.) (N.... (N.... (N.... (N.... (N.... (N....
Neurochirurgie . . .	DAVID (M.)		
Neurologie	N....		
	{GRASSET (J.) {LEPAGE (F.) {MERGER (R.) {MORIN (P.) {RAVINA (J.) (N.... (N....	Pathologie médicale	
Obstétrique			
	{DESVIGNES (P.) (N....		
Ophthalmologie			
Orthopédie	JUDET (R.)		
Oto-rhino- laryngologie . . .	{AUBRY (M.) {MADURO (R.)	Pédiatrie	{JOSEPH (R.) (N.... (N....
Parasitologie . . .	{CHABAUD (A.) (N....	Pharmacologie	{CHEYMOL (J.) { pr. s. ch. {LEVY (Meille J.) { pr. s. ch.
Pathologie chirur- gicale	{ABOULKER (P.) {BAUMANN (J.) {GOSSET (J.) {LAURENCE (G.) {LORTAT-JACOB (J.) {OLIVIER (Cl.) {POILLEUX (F.) {VERNE (J.M.) (N.... (N.... (N.... (N.... (N.... (N.... (N.... (N....	Physiologie	{BARJETON (D.) p. s. ch. {PARROT (J.) p. s. ch. {DEJOURS (P.)
		Physique médicale	{DJOURNO (A.) p. s. ch. {GOUGEROT (L.)
		Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
		Psychiatrie	N....
		Psychiatrie Infantile	MICHAUX (Z.)
		Rhumatologie	N....
		Stomatologie	{CHAPUT (Mme A.) {CERNEA (P.)
Pathologie expérimentale	{N.... (N....	Thérapeutique Urologie	N.... KUSS (R....)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.
à titre permanent.

Clinique chirurgicale	{AMELINE (A.) {HUGUIER (J.) {LEGER (L.) {PADOVANI (P.)	{PATEL (J.) {ROUX (M.) {RUDLER (J.C.) {SICARD (A.)
--------------------------	---	---

(BROUET (G.)
{Né en
{DECOURT (J.)
{DREYFUS (Gilbert)
Clinique {FAUVERT (R.)
médicale {HAGUENAU (M) p.s.ch.
{HAMBURGER (J.)
{KOURILSKY (R.)
{MARCHEL (G.)
{SOULIE (E.)

Clinique (ESCALLE (G.)
Obstétricale (MAYER (M.)
Obstétricale (VARANGOT (J.)

Clinique (OFFRET (G.)
ophtalmologique (RENARD (G.)

Clinique (COUVELAIRE (R.)
urologique

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle GOLCHON
Bibliothécaires	Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.) LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A mon Père

— A ma Mère

Humble témoignage de
mon amour filial et de ma
profonde reconnaissance.

A mon Frère

A ma Famille.

A Monsieur le Professeur B. FEY

Professeur de Clinique Urologique
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. En témoignage de notre très
respectueuse considération et de
notre reconnaissance.

A notre Maître le Professeur J. SENEQUE

Professeur de Thérapeutique Chi-
rurgicale de la Faculté de Médecine
de Paris

Nous avons eu le privilège d'être
son élève. Il a guidé nos premiers
pas chirurgicaux.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
gratitude pour la bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur WEISSENBACH

Monsieur le Docteur Jean WEILL

Nous avons eu le grand avantage, comme externe, de profiter de leur enseignement et de leurs conseils. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

A Messieurs les Professeurs H. BENARD

H. MONDOR

Gilbert DREYFUS

A. AMELINE

R. LEVY-LOLAL

R. DEBRE

R. DEGOS

Pour leur accueil et leur enseignement

A notre Maître le Docteur J. CHALLIOL

Nous avons eu le très appréciable avantage d'être son interne pendant deux ans.

Il nous a inspiré ce travail, nous a aidé dans sa réalisation.

Qu'il veuille bien trouver ici, la traduction de notre profonde reconnaissance pour les conseils et l'aide qu'il n'a cessé de nous prodiguer avec la plus constante des bienveillances.

Au Docteur TICHADON

Pour son aide, ses conseils qu'il ne nous a pas ménagés, et pour sa bienveillante amitié.

A mes Camarades d'Externat des
Hôpitaux de Paris.

A mes Camarades d'Internat des
Hôpitaux du Maroc.

INTRODUCTION

Pendant une longue période en France la prostatectomie fut effectuée uniquement suivant la technique décrite par FREYER. Elle réalisait une intervention dont la sécurité était bien établie, mais ses suites opératoires souvent extrêmement pénibles et longues en faisaient une opération redoutée et à juste titre.

En 1934, HARRIS décrivit une nouvelle méthode assurant l'hémostase de la loge suivie de retrigonisation et de fermeture de la vessie avec drainage par sonde urétrale. Il s'agissait en fait d'une technique délicate et minutieuse et ce n'est qu'en 1941 que FABRE à son entière satisfaction commença d'utiliser une technique similaire en France.

Le grand courant d'enthousiasme de 1945 né de la publication de la technique de MILLIN submergea complètement ces essais de prostatectomie. Les qualités chirurgicales de cette intervention, l'amélioration considérable des suites opératoires furent les points principaux de la réussite de cette technique. Elle restait cependant une intervention longue, délicate, nécessitant souvent une habileté chirurgicale indiscutable.

Aussi grâce à l'introduction dans l'arsenal thérapeutique des antibiotiques, une nouvelle tendance se fit jour : la modernisation des techniques de prostatectomie trans-vesicale, voie d'abord conservant un caractère indéniable, la facilité.

Certains comme LEBRUN, niant l'importance de l'hémorragie post-opératoire ne font pas d'hémostase.

HRYNTSCHAK modifiant et simplifiant la technique de HARRIS décrivit en 1949 une technique simple réalisant une hémostase contrôlée à vue avec fermeture primitive de la vessie.

Foncièrement convaincus que l'hémostase effective constituait un point capital de la prostatectomie en réduisant d'une part la spoliation sanguine chez ces malades âgés pour lesquels un déséquilibre est toujours grave, en évitant d'autre part la formation de caillots intravésicaux, nécessité absolue pour assurer le fonctionnement du drainage urétral et respecter la suture vésicale, c'est à cette technique que nous avons donné nos préférences.

Réalisant dans un service de chirurgie générale d'un grand hôpital musulman, une chirurgie urologique "collective" pour laquelle si les conditions techniques sont parfaitement au point, la surveillance post-opératoire spécialisée est encore délicate, nous avons apporté à la technique de HRYNTSCHAK des modifications qui toutes sont orientées sur la sécurité des suites dans les conditions d'hospitalisation où nous nous trouvons actuellement.

Nous relatons ici notre expérience basée sur 75 prostatectomies effectuées depuis un an et demi dans le service de notre maître le Docteur CHALLIOL.

La statistique que nous apportons est intégrale. Décidé à étudier les possibilités de la méthode utilisée, elle a été appliquée dans un cadre très étendu, soutenu dans cette voie par le psychisme et la mentalité bien particuliers de nos malades marocains et souvent par les conditions d'hospitalisation.

Après un court rappel de la technique originelle utilisée par HRYNTSCHAK :

- Nous étudierons les différentes modifications qui nous ont permis d'arriver à notre technique actuelle;
- Nous relaterons ensuite les conditions dans lesquelles nous parviennent nos malades;
- Les résultats de nos 75 prostatectomies.

TECHNIQUES

CHAPITRE I

Technique de Base

Nous avons suivi, dans ses grandes lignes, pour nos premières interventions la technique de prostatectomie suspubienne transvésicale décrite par le Professeur Théodore HRYNTSCHAK (Journal d'Urologie tome 55 n° 5-6, 1949, 338, 341) et dont nous rappelons les différents points :

- La vessie est remplie à l'aide d'une sonde urétrale d'environ 150 cc d'eau stérile. La sonde est obturée.

- On pratique la désinfection du champ opératoire y compris la bourse et la verge.

- Incision médiane longitudinale de 6 à 8 cm. jusqu'au bord supérieur du pubis; cutanée d'abord, elle intéresse ensuite la ligne blanche jusqu'au cul de sac péritonéal qui est refoulé minutieusement le plus haut possible et maintenu en place à l'aide d'une valve.

La face antérieure de la vessie est alors bien mise à jour à l'aide d'un petit écarteur de GOSSET.

- Deux pinces de CHAPUT saisissent la paroi vésicale qu'elles soulèvent en un pli transversal près du péritoine. Ponction de la

vessie. Evacuation totale de son contenu par la sonde urétrale qui est enlevée. On introduit alors une pince de KOCHER dans la cavité, dont l'ouverture des branches fournit une brèche transversale par dilacération de la vessie; celle-ci étant au besoin agrandie au doigt.

- L'énucléation de l'adénome est pratiquée de la manière classique avec ou sans l'aide du doigt rectal.

- Vérification est faite de la cavité adénomateuse.

- Mise en place d'un tamponnement provisoire de la cavité pendant l'installation de l'écarteur trivalve dans la vessie.

- Nettoyage de la vessie, recherche et ablation des tissus lacérés. Résection d'un coin de la lèvre postérieure au besoin.

- On place alors deux points de suture sur les bords latéraux de la brèche, au catgut simple n° 1, qui contrôlent déjà partiellement l'hémorragie et vont servir de tracteurs pour assurer les points de capitonnage de la loge profonde, en X. Deux points latéraux sont souvent suffisants. L'on met en place une sonde urétrale n° 20 et l'on complète au besoin, l'hémostase de la loge par une grande suture transversale de HARRIS en avant de la sonde.

- Mise en place par contrincision latérale d'un tube de lavage.

- La fermeture de la vessie est alors pratiquée en deux plans, le premier au catgut en bourse sans prendre la muqueuse que l'on invagine au moment où l'on serre les deux brins. Ce plan étant uniquement un plan de rapprochement. Le second, en points séparés en X; au crin nylon, assurant l'étanchéité de la fermeture.

- Une petit drain placé dans l'angle inférieur de la plaie. Réfection de la paroi au crin nylon. Quelques points rapprochent les lèvres de la brèche cutanée.

- Fixation de la sonde à demeure à la verge par trois crins et leucoplast.

- Mise en place de l'irrigation continue à l'aide d'une solution de citrate de soude à 5 %. Vérification du bon fonctionnement de la sonde urétrale au besoin lavage et décaillotage de la vessie. Lorsque le fonctionnement est satisfaisant, réduction du débit de l'irrigation jusqu'au goutte à goutte.

Il est évident que, dès l'abord, la technique employée diffère par un point essentiel de la technique de base de HARRIS HRYNTS-CHAK : l'existence d'une irrigation transvésicale.

Cette modification nous a été imposée d'emblée par les caractères bien particuliers de l'hospitalisation marocaine; défaut de personnel expérimenté, indispensable à la surveillance post-opératoire du malade, et, en particulier, du bon fonctionnement de la sonde urétrale.

Elle est basée d'autre part sur notre conviction de la nécessité d'évacuer sang et caillots de la vessie et la loge, nécessité qui nous semble absolument indispensable tant pour l'immédiat que pour l'avenir.

Pour l'immédiat, nous avons déjà parlé de l'obligation d'une hémostase efficace éliminant l'accumulation de caillots pour assurer un drainage urétral effectif et protéger la suture vésicale. Cette hémostase réalisée par capitonnage est complétée par la rétraction physiologique de la cavité adénomateuse, facilitée par sa vacuité.

Pour l'avenir, il nous est apparu que l'existence de cet amas de caillots représentait un foyer virtuellement infectieux pouvant constituer le point de départ des complications :

- infectieuses : urétrite, cystite, deferentites et épididymites, etc...

- thrombo-emboliques,
- hémorragiques. La plupart des hémorragies secondaires étant d'origine infectieuse.
- fonctionnelles par la constitution de diaphragme.

L'irrigation continue, tout d'abord imposée par des conditions techniques de surveillance nous est apparue logique, les résultats observés venant confirmer pleinement les hypothèses envisagées.

CHAPITRE II

Modifications apportées

Les différentes modifications apportées à cette technique initiale visent essentiellement d'ailleurs à remédier aux accidents pouvant survenir par suite de la raison invoquée plus haut, de l'indocilité du malade marocain souvent, en plus.

Elles constituent, actuellement, un ensemble bien au point, réalisant des conditions de surveillance post-opératoires idéales pour un personnel non spécialisé.

A - Tube de lavage.

Nous avons utilisé au début un drain de matière plastique de petit calibre. Par suite de sa consistance et de sa forme propre, son maintien en place dans la vessie était très aléatoire. La fixation possible réalisant uniquement à la paroi amenait souvent une fuite liquidienne supplémentaire et non une sécurité quant à son séjour intravésical. Il en résultait un bain forcé pour le malade avec les conséquences graves de l'arrêt de l'irrigation : sonde bouchée, reprise de l'hémorragie.

Le tube de plastique fut remplacé par une sonde de PEZZER n° 12 dont l'extrémité dilatée est sectionnée, ne laissant persister

qu'une collerette. Il s'est avéré que, si sa mise en place est effectuée non par incision au bistouri, mais par dilacération à l'aide de la pointe d'une pince fine, l'appareillage ainsi réalisé résiste efficacement aux faibles tensions auxquelles est soumis le tube de lavage au cours des mouvements du malade, au réveil en particulier.

B - Sonde de sécurité.

La dilacération latérale ne représentant pas un obstacle à la fermeture de la vessie dans les délais normaux, et voulant à tout prix éviter les accidents encore possibles après obstruction ou même ablation par le malade de la sonde urétrale, il nous a semblé utile et même judicieux de disposer d'une sécurité supplémentaire, d'une soupape de dérivation, et nous avons été amenés à compléter notre drainage vésical par une deuxième PEZZER dite de sécurité, de calibre identique et introduit suivant le même principe. Le fonctionnement de celle-ci étant contrôlé au moment de la mise en marche de l'irrigation au même titre que la sonde urétrale et facilement, par simple obturation de celle-ci.

C - Fixation de la sonde urétrale.

La sonde urétrale a toujours représenté un élément essentiel et primordial dans la surveillance du prostatectomisé, son déplacement étant en effet un des facteurs les plus importants des complications post-opératoires. Son glissement amenant un de ses orifices au contact de la cavité adénomateuse, entraîne automatiquement l'obstruction du système de drainage et, de ce fait, des ennuis hydrauliques au niveau de la vessie, sa distension et une reprise quasi certaine de l'hémorragie. Tous les chirurgiens urologues connaissent bien les difficultés que l'on a souvent chez les opérés dont le réveil est parfois assez agité, à fixer et à maintenir en place avec certitude une sonde urétrale.

A ce point de vue, la fixation par crin au fourreau de la verge maintenue à l'aide de leucoplast, employée par nous au début, confère une sécurité très discutable, par suite du jeu toujours existant et qui relève de deux causes essentielles : l'élasticité des tissus sur lesquels s'appuie la fixation, le glissement toujours possible du caoutchouc adhésif plus ou moins humidifié, quand un patient, particulièrement indocile ne va pas jusqu'à détruire le montage méticuleusement et jalousement édifié par le chirurgien.

Le ballonnet de la sonde type PILCHER ou encore celle utilisée couramment par DELINOTTE, en même temps qu'il assure l'hémostase de la fosse adénomateuse, empêche tout déplacement; cette variété de sonde constituerait donc un excellent procédé, si de multiples éléments ne nous avaient fait préférer l'hémostase par capitonnage et par cela même l'emploi d'une sonde banale.

La première en effet exige une étanchéité parfaite de son système de gonflement, réalisable uniquement par un entretien méticuleux et une conservation soigneuse.

De plus, il y a nécessité absolue d'être en possession d'un jeu complet de sondes à ballonnet de tailles différentes, chose difficile à obtenir dans nos services. Sa dimension en effet doit se prêter exactement à celle de la fosse adénomateuse où sa mise en place correcte représente en outre une manoeuvre délicate.

L'existence fréquente chez nos malades de rétrécissements de l'urètre souvent serrés rend encore parfois impossible l'introduction de cette variété de sonde souvent volumineuse.

Enfin, la tension du ballon est à l'origine de sensations de poussées souvent pénibles, rendant "inconfortables" pour le malade les suites immédiates de la prostatectomie. Et ceci est un désavantage reconnu honnêtement par les utilisateurs habituels de la sonde à ballonnet.

Toutes ces raisons, relevant de contingences multiples, nous l'ont fait écarter.

Restait à trouver un moyen de fixation satisfaisant. Le procédé employé par J.E. CANNADAY et décrit dans "Modern Surgical Technic" volume IV de Max Thorek, identique à celui de F. Stok (The Bristish Journal of Urology tome 19 n° 4, page 26, Décembre 1947) semble réunir les conditions nécessaires. C'est celui que nous employons actuellement.

En voici la description détaillée :

Après introduction de la sonde dans la vessie, un crin nylon est passé dans les orifices latéraux et amarré par un noeud triple. Chaque brin est extériorisé à l'aide d'une Reverdin, à travers la vessie et la paroi abdominale antérieure de part et d'autre de la portion inférieure de l'incision. Une pince est mise en attente sur chaque brin jusqu'à fermeture complète de la paroi. L'un des chefs est alors introduit dans la lumière d'un petit drain de 3 cm. de longueur sur lequel le nylon est solidement noué. La fixation est complétée par un leucoplast au niveau de la verge.

Il est indéniable que cet amarrage de la sonde par son extrémité supérieure réalise un moyen de fixation plus efficace, évitant en particulier son glissement dans la loge adénomateuse.

On élimine ainsi par la même occasion la pénible servitude pour le malade des crins transfixiant le fourreau de la verge et les ennuis infectieux qu'ils occasionnent souvent.

L'ablation de la sonde au moment voulu est réalisée très simplement après section des deux crins de part et d'autre du drain.

CHAPITRE III

Quelques points relatifs au matériel employé

Précisons maintenant quelques points relatifs au matériel employé.

A - Sondes en plastique.

L'introduction en urologie d'un matériel de drainage en matière plastique, sondes urétrales, etc..., a constitué un événement important. Deux communications au bulletin d'urologie les ont fait connaître. Nous les employons dans le service depuis 1952. Elles représentent des avantages certains et reconnus de tous actuellement.

- diminution considérable des accidents infectieux, locaux, constants avec les sondes en caoutchouc et en gomme.
- dépôts salins pratiquement nuls.
- facilités optima de manipulation de nettoyage et de conservation.

B - Quant au matériel chirurgical proprement dit, la prostatectomie transvésicale ne nécessite pratiquement aucune instrumentation particulière.

Insistons seulement sur la nécessité de posséder un écarteur trivalve de quelque type

qu'il soit (nous employons couramment celui de MILLIN) et une aiguille boomerang de YOUNG, indispensable pour les points de capitonnage de la loge. Seule une aiguille de ce type permet de faciles manoeuvres au fond de la vessie avec les risques les plus minimes de lésions du pubis; seule elle permet de charger au moment de l'hémotase peu de lèvre postérieure de la brèche vésicale en assurant toutefois un capitonnage profond satisfaisant, éloignant ainsi la possibilité d'englobement urétral.

C - Matériel de suture.

Nous avons employé au début, comme matériel de suture et d'hémotase de la loge, le catgut chromé qui nous semblait représenter une sécurité. L'existence de complications nous a fait revenir sur cette conception erronée.

Trois malades ont dû être réopérés pour lithiase de la loge prostatique et il est apparu que les formations pathologiques s'étaient développées autour des catguts chromés. Un malade est actuellement dans le service, réhospitalisé pour cystite chronique. La cystoscopie a pu mettre en évidence la présence d'un catgut tombant dans la vessie, provenant de sa fermeture, et qui a résisté à deux essais d'exérèse par voie endoscopique.

Il semble donc, et le changement de matériel le prouve bien, que, sans apporter sur la fermeture de la vessie et le capitonnage de la loge des éléments d'amélioration et de sécurité, l'emploi du catgut chromé présente des désavantages indéniables.

CHAPITRE IV

Notre méthode actuelle

Les 75 prostatectomies effectuées dans le service suivant la technique originelle de Théodore HRYNTSCHAK, modifiée suivant les exigences de l'hospitalisation en milieu marocain, nous ont fourni une expérience dont nous avons pu tirer les éléments de notre technique actuelle.

a) Soins pré-opératoires.

A de rares exceptions près, tous nos malades sont des rétentionnistes complets.

Dès leur admission, la vessie est évacuée par mise en place d'une sonde urétrale.

Un dosage d'urée est pratiqué.

Pénicilline et streptomycine (500.000 unités en 1 gr. par jour) sont administrées systématiquement jusqu'au jour de l'intervention qui suit généralement après 24 ou 48 heures.

Suivant les principes soutenus par M. LEBRUN et par suite de nos exigences d'hospitalisation, tous nos malades, quels que soient leur âge, (difficile à préciser), leur état général, le taux de l'urée sanguine et le degré d'infection, sont opérés en un temps après ce court délai pré-opératoire.

Nous relatons ici le cas d'un de nos malades (obs. n° 60) dont l'état général déplorable tant physique que psychique nous avait fait remettre l'intervention pendant onze jours et qui présenta des suites d'une facilité et d'une banalité extrêmes :

la vessie cicatrisant dans les délais pratiquement normaux (21 jours), l'ablation de la sonde étant retardée au trentième par mesure de prudence. Une réintervention s'avèra nécessaire mais pour pratiquer une suture secondaire de sa paroi abdominale antérieure dont la cicatrisation ralentie prolongeait la durée d'hospitalisation (60 jours).

b) Anesthésie.

Après prémédication (morphine, phénergan), nous utilisons l'anesthésie générale en circuit fermé au penthotal, éther, en veillant tout particulièrement, chez ces malades âgés, à assurer une oxygénation convenable.

c) Technique opératoire.

Nous ne reviendrons pas sur le détail :

Après énucléation, visualisation de la brèche par l'écarteur trivalve. Capitonage de la loge par points en X, au besoin un point transversal en avant de la sonde. Mise en place des crins de fixation du procédé STOK et des deux PEZZER latéro-vésicales. Fermeture de la vessie, fermeture de la paroi, mise en route de l'irrigation par solution citratée. Vérification du bon fonctionnement des sondes par lavage à la seringue de GUYON.

d) Surveillance post-opératoire.

Elle est réduite au minimum et pratiquement se borne au renouvellement des solutions d'irrigation.

Le saignement est en règle très modéré, ne présentant aucun caractère inquiétant.

Il persiste en moyenne deux ou trois jours et conditionne l'arrêt de l'irrigation.

A cette date on pratique l'ablation de la première sonde de PEZZER, la deuxième étant conservée de manière à pouvoir rétablir un courant d'irrigation si, par hasard, une hémorragie secondaire se produisait. Dans l'état actuel des suites post-opératoires, d'ailleurs, l'éventualité d'une telle complication représentant une rareté, il pourrait, même, semble-t-il, si nous n'étions retenus par une crainte peut-être injustifiée, être possible de pratiquer l'ablation de cette "sonde de sécurité" au bout de trois jours, raccourcissant ainsi le temps de fermeture complète de la vessie.

Le malade est levé dès le lendemain de l'opération et régulièrement tous les jours. L'arrêt de l'irrigation pendant ces laps de temps ne nous a pas semblé présenter un inconvénient quelconque.

Nous utilisons comme test de cicatrisation totale de la vessie l'injection à pression faible d'eau stérile à l'aide d'une seringue de GUYON. Si une fuite se produit, l'injection n'est pas poursuivie. Si la vessie tient, nous montons jusqu'à 100 cc. environ. Après cette épreuve, la vessie cicatrisée est maintenue cependant en drainage pendant un à deux jours.

Pendant toute cette période post-opératoire, réduite d'ailleurs actuellement à une durée de dix jours, environ; les antibiotiques sont administrés régulièrement aux mêmes doses que précédemment. Si une élévation thermique importante ne semble pas céder rapidement, nous avons recours, et à notre entière satisfaction le plus souvent, à la chloromycétine à la dose de 1 gr. Après ablation de sondes, sulfamides pendant quelques jours.

Il nous semble utile d'insister sur les facilités de surveillance et de soins post-opératoires des malades opérés suivant notre technique actuelle.

En dehors du caractère particulièrement "confortable" des suites opératoires immédiates (pas un de nos malades n'ayant présenté à aucun moment de phénomènes pénibles, ni douloureux) les soins de nos prostatiques sont réduits au minimum.

Plus de pansements réitérés dans la journée par suite "d'inondations" aussi désagréables pour le personnel soignant; nos malades, calmes et détendus, gardent d'un jour à l'autre un pansement abdominal sec.

Le prostatectomisé n'est plus, dans nos salles de chirurgie générale, l'opéré que l'on voit revenir avec angoisse du bloc opératoire.

Si nos opérés semblent y trouver un bien être goûté, nos infirmières nous en sont particulièrement reconnaissantes.

L'hospitalisation est prolongée jusqu'à cicatrisation complète de la paroi, nécessité quasi absolue en milieu marocain indigène, et par suite du recrutement souvent très éloigné du centre hospitalier. Le malade entre dans notre service par obligation, amené par des accidents de rétention complète. Il n'admet, par suite de contingences psychiques, sociales et souvent familiales propres au comportement traditionnel marocain, de n'en sortir que définitivement guéri et capable, soit de reprendre son travail, soit, pour le moins, de mener une existence normale dans son milieu familial.

OBSERVATIONS

- OBS. N° 1 - LAHCEN BEN LAROUAL. Pollakiurie, dysurie le 12/6/1953. Opéré le 15/6. Biopsie : épithélioma. Ablation de la sonde le 20ème jour. Sort le 28ème.
- OBS. N° 2 - BOUCHAIB BEN DJILLALI. Rétention le 12/6. Urée 0,55. Opéré le 15/6. Très volumineux adénome. Ablation de la sonde le 11ème jour, sortant le 18ème. Cicatrisé. Urine normalement.
- OBS. N° 3 - MOHAMED BEN DJILLALI. Rétention le 16/6. Urée 2 gr,90. Opéré le 17. Urée 1 gr,60 - 1,1 - 0,95 - 0,35. Biopsie : adénomyome. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 34ème - Sort le 44ème.
- OBS. N° 4 - AHMED BEN LARBI. Rétention le 16/6. Urée 0,35. Opéré le 17/6 - Gros adénome. Ablation de la sonde le 15ème jour. Paroi cicatrisée. Urine normalement le 22ème jour.
- OBS. N° 5 - KEBIR BEN AIMEN. Rétention. Fausse route infectée le 29/6. Urée 0,70. Opéré le 1/7. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Sort le 27ème jour vessie non fermée, sur la demande de sa famille. Malade très âgé.

- OBS. N° 6 - HADJ BEN JAKADEUR. Rétention le 27/6. Urée 2,25. Opéré le 6/7. Adénome volumineux. Sort au 17ème jour, vessie fermée. Réhospitalisé le 23ème jour pour fistule vésicale et infection urinaire. Hyperthermie à 40. Décédé le 27/8, infection urinaire.
- OBS. N° 7 - MOHAMED BEN AOMAR. Rétention le 25/8. Urée 0,40. Opéré le 26. Hypertrophie discrète. Ablation de la sonde le 21ème jour. Sort le 24ème.
- OBS. N° 8 - LIAZID BEN MOHAMED. Rétention le 17/9. Urée 0,30. Opéré le 23/9. Très volumineux adénome. Irrigation 7 jours. Ablation de la sonde le 23ème. Sortant cicatrisé le 29ème.
- OBS. N° 9 - MOUSSA BEN M'BARK. Rétention d'urines le 16/9. Opéré le 25/9. Adénome de volume moyen. Ablation de la sonde le 24ème jour. Sort au 45ème jour. Urine normalement.
- OBS. N° 10 - AHMED BEN TAHAR. Rétention le 22/9. Urée 0,20. Opéré le 26. Enorme adénome prostatique. Urée 1,55 - 1,65. Ictère. Sort le 43ème jour, vessie non fermée, sur la demande de sa famille.
- OBS. N° 11 - MOHAMED HADJ. Rétention le 25/9. Urée 0,65. Opéré le 28/9. Volumineux adénome. Sort le 35ème jour. Urine normalement.
- OBS. N° 12 - DJILLALI BEN MOHAMED. Rétention le 25/9. Rétrécissement très serré. Urée 0,15. Opéré le 30/9. Sort le 31ème jour. Urine normalement, cicatrisé.
- OBS. N° 13 - HOUSSINE BEN AHMED. Rétention le 8/10. Urée 0,30 - Opéré le 13/10. Petite prostate dure. Biopsie : adénome. Arrêt de l'irrigation le 7ème jour. Sort le 21ème. Urine normalement.

- OBS. N° 14 - MOHAMED BEN ABDALLAH. Rétention le 2/11. Urée 0,35 - Opéré le 4/11. Volumineux adénome. Arrêt de l'irrigation le 5ème jour. Ablation de la sonde le 12ème jour. Sort cicatrisé le 20ème. Bonnes suites.
- OBS. N° 15.- RAHAL BEN MOHAMED. Rétention le 4/11. Opéré le 9/11. Volumineux adénome. Arrêt de l'irrigation le 5ème jour. Ablation de la sonde le 12ème. Sort le 16ème jour.
- OBS. N° 16 - MOHAMED BEN TAIBI. Dysurie et Polakiurie le 22/10. Prostate dure. Opéré le 28/10. Lithiase prostatique. Irrigation 7 jours. Ablation de la sonde le 20ème jour. Réouverture de la vessie, remise en place de la sonde. Ablation au 30ème jour. Sort guéri le 38ème.
- OBS. N° 17 - HATTAB BEN AHMED. Rétention d'urines le 10/11. Opéré le 16/11. Urée 0,60. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 11ème. Ablation de la sonde le 13ème. Sort le 18ème jour. Bons résultats.
- OBS. N° 18 - TAIBI BEN BOUCHAIB. Rétention et Hématurie le 20/11. Urée 0,75. Opéré le 23/11. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 11ème jour. Sort après 17 jours d'hospitalisation. Bons résultats.
- OBS. N° 19 - BOUBEKER BEN BOUCHAIB. Rétention le 24/12. Urée 0,25. Opéré le 28/12. Volumineuse prostate. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Essai d'ablation de la sonde au 4ème jour. Fistule, sonde remise en place. Ablation au 30ème jour. Sort le 35ème.

- OBS. N° 21 - BOUCHAIB BEN LAYACHI. Rétention d'urines le 8/1/54. Urée 0,25. Opéré le 18/1. Adénome de taille moyenne. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 11ème jour. Sort en bon état le 19ème jour.
- OBS. N° 22 - AHMED BEN BOUCHTALEM, âgé de 60 ans. Rétention d'urines le 10/1. Sondage impossible. Ponction de vessie. Opéré le 11/1. Biopsie : épithélioma prostatique. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 7ème. Sort le 11ème. Excellentes suites opératoires.
- OBS. N° 23 - MOHAMED BEN HADDOU. Rétention d'urines le 11/2. Urée 1,15. Opéré le 15/2. Urée 0,60 - 0,30. Adénome prostatique volumineux. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Tient sa seringue le 9ème. Sort le 18ème jour. Suites satisfaisantes.
- OBS. N° 24 - AHMED HADJ MOHAMED. Hématuries abondantes. Mauvais état général le 19/2. Urée 0,25. Formule et numération: GR : 2.300.000 GB : 9.400. Opéré le 3/3. Sclérose du col. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 9ème. Ablation de la sonde le 13ème jour. Sortant le 30ème jour.
- OBS. N° 25 - REZOUANI EL ROULI. Malade âgé. Rétention le 19/2. Urée 0,30. Hyperthermie 39,7. Opéré le 24/2. Biopsie. Epithélioma prostatique diffus et très envahissant. Décédé le 4ème jour. Hyperthermie à 40. Infection grave.
- OBS. N° 26 - ALI BEN HADJ. Pollakiurie et dysurie le 22/2. Urée 0,35. Opéré le 24/2. Hémorragie le lendemain de l'arrêt de l'irrigation. Le 6ème jour réintervention. Mèchage de la loge.

Temps de coagulation 31 minutes.
Taux de prothrombine 40 %. Tient sa
seringue le 25ème jour. Ablation de
la sonde le 30ème. Sortant le 38ème
jour. Bon état.

OBS. N° 27 - BOUCHAIB BEN MOHAMED. Troubles de
la miction le 4/3. Opéré le 8/3.
Adénome de 40 gr. Hémorragie primi-
tive cédant au traitement médical.
Arrêt de l'irrigation le 5ème jour.
Hémorragie secondaire le 17ème
jour. Reprise de l'irrigation pen-
dant 3 jours. Tient sa seringue le
23ème jour. Sortant le 28ème.

OBS. N° 28 - LACHEN BEN MUSTAPHA. Rétention le
6/3. Prostate dure. Opéré le 22/3.
Ablation par morcellement à la
pince. Hémorragie secondaire le
11ème jour. Cédant au traitement
médical. Ablation de la sonde le
21ème jour. Sortant le 24ème.
Biopsie : épithélioma envahissant.

OBS. N° 29 - ABDELKADER BEN CHEIK. Rétention et
hématurie le 8/2. Urée 2,40. Le
15 : urée 0,20. Opéré le 17/3. Très
volumineux adénome. Arrêt de l'ir-
rigation le 3ème jour. Tient sa se-
ringue le 16ème jour. Sortant le
20ème. Bonnes suites.

OBS. N° 30 - MOHAMED BEN SALEM. Rétention le
16/3. Urée 0,10. Gros adénome. Opé-
ré le 24/3. Arrêt de l'irrigation
le 6ème jour. Ablation le 20ème
jour. Sort le 27ème. Bon état.

OBS. N° 31 - BOUCHAIB BEN AYAD. Pollakiurie le
20/3. Urée 0,30. Opéré le 22/3.
Prostatite. Arrêt de l'irrigation
le 6ème jour. Ablation de la sonde
le 13ème jour. Sortant le 16ème
jour.

OBS. N° 32 - MOHAMED BEN AHMED. Rétention le
22/3. Urée 0,30. Opéré le 24/3.

Prostate de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 5ème jour. Ablation de la sonde le 11ème jour. Sortant le 15ème jour. Très bonnes suites.

- OBS. N° 33 - SGHIR BEN MAATI. Rétention d'urines le 6.4. Urée 0,45. Opéré le 11/4. Volumineuse prostate dure. Biopsie épithélioma atypique. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 10ème. Urine normale à sa sortie.
- OBS. N° 34 - BRIK BEN MOHAMED. Rétention le 8/4. Opéré le 14/4. Volumineux adénome prostatique. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 9ème jour. Sort le 30ème jour. Difficulté de fermeture de la paroi abdominale.
- OBS. N° 35 - LARBI BEN AISSA. Rétention le 10/4. Opéré le 14/4. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 28ème. Sortant le 39ème jour. Infection urinaire bénigne, cédant aux antibiotiques.
- OBS. N° 36 - ALI BEN AOMAR. Rétention le 23/4. Hyperthermie 38,5. Très volumineux adénome. Suites opératoires hyperthermiques. Sédation rapide à la tiphomycine. Fistule vésicale. Fermeture secondaire de vessie le 1/6. Tient sa seringue le 10ème jour. Sort le 18ème jour après cystorraphie. Hospitalisation : 55 jours.
- OBS. N° 37 - MOHAMED BEN MOKKADEM. Rétention le 2/5. Température 39°. Opéré le 5/5. Adénome de taille moyenne avec volumineux lobe médian. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Ablation de la sonde le 14ème. Sort le 16ème. Très bonnes suites opératoires.

- OBS. N° 38 - ABDESSLEM BEN MOHAMED. Malade de 70 ans. Epithélioma de l'oreille et anémie hémorroïdaire intense. GR : 1.600.000. Opéré le 19/7. Urée 0,15. GR : 2.900.000, pour rétention d'urines. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 20ème jour. Sortant le 24ème jour. Cicatrisé. Très bonnes suites.
- OBS. N° 39 - BOUCHAIB BEN MOHAMED. Rétention le 31/5. Température 39°. Rétrécissement urétral serré. Urée 0,75. Opéré le 2/6. Sclérose du col. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 15ème. Sortant le 30ème jour.
- OBS. N° 40 - TAHAR BEN MOHAMED. Rétention le 11/6. Urée 0,25. Opéré le 14/6. Adénome de taille moyenne. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Ablation de la sonde le 13ème jour. Sort le 25ème jour. Très bonnes suites.
- OBS. N° 41 - MOHAMED BEN ALI. Rétention le 15/6. Urée 0,50. Opéré le 15/6. Adénome volumineux. Réintervention pour chute de la sonde. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 14ème jour. Sort le 20ème. Très bonnes suites.
- OBS. N° 42 - FAGGUIR BEN LAHCEN. Rétention le 19/6. Opéré le 20/6. Très volumineuse prostate irrégulière. Biopsie adénomyome. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 9ème jour. Sortant le 15ème jour. Très bonnes suites.
- OBS. N° 43 - MOHAMED BEN RAHALI. Rétention le 22/6. Rétrécissement serré. Petite Fistule périnéale. Urée 0,20. Opéré le 12/7. Petite prostate dure. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 12ème jour. Suites normales.

- OBS. N° 44 - MAATI BEN BOUAZZA. Rétention le 3/7 chez un malade porteur de fistules périnéales multiples abcédées. Opéré le 5. Très volumineuse prostate. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Tient sa seringue le 15ème jour. Sort le 25ème jour. Paroi abdominale cicatrisée. Suites immédiates hyperthermiques, sédation rapide à la tifomycine.
- OBS. N° 45 - ABDELKADER BEN ALLAL. Rétention le 6/7. Urée 0,50. Opéré le 7/7. Prostate de volume moyen. Chute du tube de lavage. Réintervention pour reposition. Suites très fébriles ne cédant pas aux antibiotiques. Infection urinaire sévère. Décès le 30/7.
- OBS. N° 46 - LARBI BEN AHMED. Rétention le 16/7. Opéré le 28. Ablation de la sonde le 18ème jour. Sortant le 26ème jour. Paroi cicatrisée. Le malade urine normalement depuis 8 jours.
- OBS. N° 47 - LAHOUCINE BEN MOHAMED. Rétention le 20. Opéré le 26. Volumineux adénome. Rétrécissement urétral serré. Ablation de la sonde le 19ème jour. Sort le 28ème jour. Suites normales.
- OBS. N° 48 - MOHAMED BEN AHMED. Rétention le 20/4. Opéré le 23/4. Lavage par tube de matière plastique. Chute du tube. Hémorragie primitive importante, nécessitant une réintervention pour mècheage. Ablation de la sonde le 42ème jour. Urine normalement à sa sortie. Réhospitalisé le 6/8 pour cystite cédant rapidement par lavage de vessie au citrate.
- OBS. N° 49 - THAMI EL ALAQUI. Rétention chez un vieillard en très mauvais état général le 15/8. Urée 0,75. Opéré le 18. Petite prostate adhérente.

Biopsie adénomyome.

Tient sa seringue le 20ème jour.
Ablation de la sonde le 23ème. Sortant le 26ème. Très bonnes suites.

OBS. N° 50 - MOHAMED BEN LAHCEN. Rétention le 31/8. Urée 0,40. Opéré le 8/9. Prostate moyenne. Biopsie : adénome. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Ablation de la sonde le 14ème jour. Sort le 16ème jour.

OBS. N° 51 - FQUI SARAOUI. Rétention le 31/8. Urée 0,15. Opéré le 13/9. Volumineuse prostate. Arrêt de l'irrigation le 5ème jour. Hémorragie secondaire le 10ème. Reprise de l'irrigation pendant 5 jours. Nouvelle hémorragie les 23 et 32ème jours. Taux de prothrombine 49 %. Transfusions sanguines. Hospitalisation: 45 jours. Urine normalement, paroi cicatrisée à sa sortie.

OBS. N° 52 - SARAOUI BEN KACEN. Hématurie depuis 15 jours. GR : 3.000.000. Opéré le 11/9. Grosse prostate. Biopsie : adénome. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Tient sa seringue le 14ème jour. Sort le 17ème jour. Très bonnes suites.

OBS. N° 53 - DJILLALI BEN MOHAMED. Hématurie, dysurie, pollakiurie remontant à un mois. Pyurie. Entré le 15/9. Opéré le 20/9. Le 3ème jour, le tube d'irrigation sort de la vessie. Infiltration du scrotum. Décès par embolie pulmonaire.

OBS. N° 54 - MOHAMED BEN SALAH. Rétention le 10/9. Urée 0,70. Opéré le 15/9. Adénome de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 5ème jour. Ablation de la sonde le 12ème jour. Sort le 13ème jour. Très bonnes suites. Biopsie : adénome.

- OBS. N° 55 - BOUHABIB BEN BOUCHTA. Rétention le 16/9. Urée 0,30. Température 38°. Opéré le 23/9. Prostate de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Orchite le 9ème jour. Ablation de la sonde le 19ème jour. Sort le 23ème.
- OBS. N° 56 - ABDALLAH BEN BRAHIM. Rétention et hématurie depuis 6 mois le 27/1. GR : 3.250.000. Urée 0,75. Opéré le 29. Température 39°. Volumineuse prostate. Biopsie : adénome. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 16ème. Sort le 23ème jour.
- OBS. N° 57 - BOUCHAIB BEN AHMED. Rétention le 8/10. Urée 0,55. Opéré le 11/10. Prostate de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 15ème jour. Sort le 18ème jour. Biopsie : adénome.
- OBS. N° 58 - SAOUDI BEN MOHAMED. Rétention le 14/10. Urée 0,35. Opéré le 18/10. Gros adénome. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Abscess de la paroi. Tient sa seringue le 30ème jour. Sort le 35ème jour.
- OBS. N° 59 - SALAH BEN LARBI. Malade âgé en rétention le 19/10. Opéré le 25/10. Petite prostate, difficilement énucléable. Vessie de très petite capacité. Difficile à fermer. Agitation au réveil. Le malade arrache ses sondes. Décès le 26, urée : 2,30.
- OBS. N° 60 - MOHAMED BEN ABDALLAH. Rétention le 9/10 chez un sujet très âgé. Urée 2,55. Opéré le 20. Urée 0,80. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 30ème. Fermeture secondaire de la paroi abdominale. Sort cicatrisé le 60ème jour.

- OBS. N° 61 - AHMED BEN MOHAMED. Rétention le 7/11. Urée 0,50. Opéré le 10/11. Sclérose du col. Arrêt de l'irrigation le 7ème jour. Orchite le 9ème jour. Sort le 37ème jour.
- OBS. N° 62 - BACHIR BEN LARBI. Hématurie, pyurie, dysurie. Opéré le 13/12. Hypertrophie du col. Hémorragie primitive assez abondante. Arrêt de l'irrigation le 10ème jour. Ablation de la sonde. Urine normalement à sa sortie le 26ème jour.
- OBS. N° 63 - ABDESSLEM BEN AHMED. Dysurie, polakiurie. Urée 0,85. Opéré le 22/12. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Décédé le 11ème jour. Embolie.
- OBS. N° 64 - MOUNA BEN DJILLALI. Malade très âgé. Rétention le 20/12. Fausse route infectée. Urée 1,50. Opéré le 22/12. Très volumineuse prostate. Urée 2,85.- 3,75. Décès.
- OBS. N° 65 - MOHAMED BEN ALLAL. Dysurie le 25/1.55. Opéré le 26. Volumineux adénome. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 14ème jour. Sort le 19ème jour, cicatrisé. Urine normalement; cystographie le 17ème jour.
- OBS. N° 66 - BOUAZZA BEN OMARAK. Rétention le 20/1. Urée 0,35. Opéré le 24. Adénome de 83 gr. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 11ème jour. Sort cicatrisé le 20ème. Urine normalement. Cystographie le 19ème jour.
- OBS. N° 67 - MOHAMED BEN MAATI, âgé de 60 ans. Rétention le 27/1. Urée 0,40. Opéré le 31/1. Prostate de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Tient sa seringue le 11ème jour. Sortant le 17ème jour. Cystographie le 12ème jour.

- OBS. N° 68 - HADJ MOHAMED BEN KEBIR. Rétention le 4/2. Urée 0,30. Opéré le 7/2. Prostate de volume moyen. Arrêt de l'irrigation le 2ème jour. Tient sa seringue le 8ème. Sortant le 15ème jour. Cystographie le 12ème jour.
- OBS. N° 69 - HASSAN BEN AOMAR. Rétention le 5/2. Urée 0,45. Opéré le 8/2. Très volumineux adénome de 156 gr. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Ablation de la sonde le 9ème jour. Sort le 15ème jour. Paroi cicatrisée. Urine normalement.
- OBS. N° 70 - HADJ BEL KEBIR, 70 ans environ. Rétention le 14/2. Urée 0,70. Opéré le 16/2. Adénome de 34 gr. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde au 7ème jour. Bonnes suites opératoires. Urine normalement.
- OBS. N° 71 - MOHAMED BEN LARBI. Rétention d'urines le 14/2. Urée 4 gr,40. Opéré le 19/2. Urée 0,75. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 8ème jour. Adénome de volume moyen : 45 grs. Très bonnes suites.
- OBS. N° 72 - HADJ BEN DJILLALI. Rétention le 5.2. Urée 0,75. Opéré le 14/2. Sclérose du col et polypes. Arrêt de l'irrigation le 3ème jour. Ablation de la sonde le 11ème. Très bonnes suites. Urine normalement.
- OBS. N° 73 - HADJ BEN MOHAMED. Rétention le 15/2. Urée 0,40. (70 ans). Opéré le 16/2. Adénome 31 gr. Irrigation 3 jours. Ablation de la sonde le 9ème.
- OBS. N° 74 - MOHAMED BEN EL AYACHI. Dysurie, pollakiurie, urée 0,25. Opéré le 18/2. Adénome de 33 gr. Irrigation 2 jours. Ablation de la sonde le 7ème jour.

OBS. N° 75 - MOULAY HAMOU BEN ABDESLEM. Dysurie, pollakiurie le 15/3. Urée 0,25. Opéré le 16/3. Prostate volume moyen. Biopsie : adénomyome. Arrêt de l'irrigation le 4ème jour. Tient sa seringue le 8ème jour. Ablation de la sonde le 11ème. Sortant le 13ème jour.

L'étude de ces 75 observations permet de se faire une idée : DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION de nos malades marocains.

A - AGE.

Bien que ne représentant pas un élément primordial et qualitatif en soi, l'âge du sujet permet néanmoins un aperçu de sa condition physique et psychique.

Or, cette notion est, actuellement, impossible à faire préciser par nos hospitalisés marocains, par suite du défaut d'état civil au moment de leur naissance. Nous en sommes donc réduits sur ce sujet à des conjectures et des appréciations.

C'est dans ces conditions que l'on peut avancer que l'âge de nos malades a oscillé entre 55 et 90 ans avec un âge moyen de 65 à 75 ans.

B - ETAT GENERAL.

L'état général, par contre, est plus facilement appréciable. Bien que variable, il est souvent fort mauvais et nous avons parfois à traiter des vieillards affaiblis, séniles, dénutris, amaigris, déshydratés et hypoprotidiques. C'est sur dernier point qu'insiste tout particulièrement J. CUENANT quand il se refuse systématiquement à comparer les statistiques Nord-

Africaines avec celles de la France. Bien que non étayées par des examens de laboratoires systématiques, notre opinion rejoint la sienne et nous pensons qu'un grand nombre de retards de cicatrisation, et de la vessie et de la paroi, tient à ce facteur propre à la pathologie marocaine.

C - CAUSES DE L'HOSPITALISATION.

Sur nos 75 opérés nous relevons comme motif d'hospitalisation :

- 62 rétentions complètes
- 7 hématuries
- 6 troubles divers de la miction.

83 % de nos malades sont donc hospitalisés en rétention, seulement 6,5 % pour des troubles de la miction, environ 9 % pour hématurie.

D - EXAMENS PRE-OPERATOIRES.

Tous ces malades ont été opérés dans les jours qui suivirent immédiatement leur entrée, en règle deux à trois jours, quel que soit le chiffre de leur dosage d'urée.

Ainsi dans l'observation n° 3, malade hospitalisé le 16/6/53 pour rétention, le premier dosage a fourni un chiffre d'urée de 2gr,90. L'intervention est effectuée le lendemain et des dosages post-opératoires sont régulièrement décroissants.

De même les observations n° 6 - 23 - 60 - 71 montrent toutes des chiffres supérieurs à un gramme et allant jusqu'à 4 gr,40.

Nous n'avons pu étudier systématiquement la fonction rénale par examen urographique intra-veineux.

E - DEGRE D'INFECTION.

Il peut être étudié par le tracé des courbes thermiques pré-opératoires. Nombreux sont les hyperthermiques au moment de l'intervention. Les observations 56 - 37 - 39 - 36 - 25 révèlent des températures variant de 38,5 à 40°.

C'est dans ces conditions que nous sommes intervenus.

C'est à la lueur de ces renseignements que nous jugerons des résultats immédiats.

RESULTATS IMMEDIATS

1°) MORTALITE.

Sur nos 75 opérés, nous avons à déplorer 7 décès, soit un pourcentage de 9,3 %.

Comparé à une statistique antérieure (1952) où 60 hypertrophiés prostatiques ont été opérés dans le même service par des techniques diverses (FREYER en un et deux temps, MILLIN, LEBRUN) avec une mortalité de 17 %, ce chiffre représente une nette amélioration.

Ce taux semble correspondre aux bonnes statistiques hospitalières puisque P. DELINOTTE rapporte un pourcentage de 6,29 % pour 159 cas opérés par FREYER-BALLON en un temps. D'autres statistiques de prostatectomie suprapubienne fournissant des chiffres aux alentours de 7 et 8 %.

A côté de statistiques particulièrement remarquables comme celles de LEBRUN qui, en Novembre 1948, accusait sur 350 cas une mortalité de 4,57 % et même dans une statistique plus récente 1,14 %.

A côté de celle de HRYNTSCHAK (4 %), celle de FORET-MAQUINAY (Liège) 4 %, elle peut paraître très médiocre et modeste; nous pensons cependant qu'elle n'est pas sans valeur et qu'on doit tenir compte dans son appréciation de différents facteurs :

1) Il s'agit d'une statistique intégrale de tous les hypertrophiés prostatiques hospitalisés. Tous ont été opérés après un laps de temps variable généralement court. Un seul de nos malades vieillard cachectique à urée sanguine élevée et pour lequel cette règle ne fut pas appliquée, décèda au 7ème jour.

Tous nos opérés en un temps n'étaient donc pas à proprement parlé de "bons cas" et un grand nombre auraient dans d'autres services constitués des contre-indications chirurgicales.

2) Il s'agit d'une statistique hospitalière et chacun sait les différences existant entre statistique de ville et statistique d'hôpital, où les malades, et le fait est encore plus marqué au Maroc, arrivent avec un état général médiocre après avoir attendu plusieurs semaines voire des mois, avant de se faire traiter d'où infection urinaire fréquente.

3) Nos malades ont été prostatectomisés par un certain nombre d'opérateurs différents, dont quelques uns et nous même en particulier, ne jouissaient que d'une expérience urologique très récente.

Ces décès se répartissent ainsi :

I - DECES RELEVANT D'UNE CAUSE URINAIRE -

5 soit 6,7 % des opérés.

3 par infection grave (observations 6 - 45 et 25).

2 par urémie importante, traduction de lésions rénales graves irréversibles (observations 59 - 64).

II - DECES NE RELEVANT PAS D'UNE CAUSE URINAIRE -

2 soit 2,5 % des opérés.

Ce furent toutes deux des embolies brutales. La première (observation n° 53) le troi-

sième jour. La seconde (observation n° 63) le 11ème jour.

Insistons cependant sur le fait que, par suite de l'amélioration de la technique, de meilleurs résultats semblent se faire jour dans ces derniers mois et qu'une réduction importante du taux de mortalité est à envisager pour une statistique ultérieure.

2°) LES HÉMORRAGIES.

Sur nos 75 opérés nous relevons :

3 hémorragies immédiates, c'est-à-dire se produisant dans les deux ou trois premiers jours (4 %). Sur ces trois, deux ont été graves et ont nécessité une réintervention avec cystostomie et mèche de la loge prostatique.

Aucune n'a entraîné de décès.

L'autre a cédé au simple traitement médical prolongeant de quelques jours la durée de l'irrigation continue. L'une d'entre elles fut causée par la chute du tube d'irrigation continue alors que nous employions à cet effet un tube de matière plastique.

Rappelons d'ailleurs que depuis l'emploi de la sonde de PEZZER et la fixation de la sonde par le procédé de STOK, aucune hémorragie grave n'est survenue, aucune réintervention n'a été pratiquée.

Signalons d'autre part le fait constaté chez plusieurs de nos opérés hémorragiques d'un abaissement marqué du taux de prothrombine en relation avec leur état général médiocre, ce qui pourrait expliquer ce pourcentage un peu élevé de complications hémorragiques après une prostatectomie avec hémostase effective.

En dehors de ces hémorragies immédiates, nous avons compté :

4 hémorragies secondaires (5,4 %) c'est-à-dire se produisant après le troisième jour et, en général, aux environs du douzième. L'on sait qu'elles relèvent essentiellement d'une cause infectieuse et qu'elles revêtent classiquement une toute autre gravité que les hémorragies immédiates. Toutefois pour nos cas elles furent bénignes, n'entraînèrent pas une réintervention et cédèrent plus ou moins rapidement au simple traitement médical avec reprise de l'irrigation.

3°) TEMPS DE GUERISON.

Il est difficile à apprécier pour différentes raisons inhérentes aux conditions d'hospitalisation en milieu marocain.

Si l'on prend comme critère de guérison, critère sévère reconnaissons le,

Vessie définitivement fermée
Plaies chirurgicalement guéries
Mictions normales.

le jour de sortie de nos malades pourrait fournir un temps de guérison valable, puisque ceux-ci ne peuvent être rendus à leurs familles que dans de telles conditions.

Malheureusement si ce test est valable pour les hospitalisés citadins, les retards d'évacuation de nos convalescents originaires debled ne nous permettent pas d'en faire une règle.

Force nous est donc de choisir comme test de guérison la date de fermeture de la vessie et d'ablation de la sonde urétrale, souvent postérieure de deux jours ou trois à la cicatrisation réelle de la vessie.

Nous distinguerons donc quatre groupes:

- 1 - Ablation de la sonde avant le douzième jour.
- 2 - Ablation de la sonde entre le treizième et le dix-huitième jour.

- 3 - Ablation de la sonde entre le 18ème et le 24ème jour.
- 4 - Ablation de la sonde entre le 25ème et le 35ème jour.
- 1 - 24 fermetures en 12 jours soit un pourcentage de 32 %.

Signalons que la dernière partie de la statistique semble montrer que la plupart de nos opérés rentrent maintenant dans cette catégorie.

- 2 - 16 fermetures de vessie entre le 12ème et le 18ème jour soit un pourcentage de 21,6%.
- 3 - 12 fermetures entre le 18ème et le 24ème jour soit un pourcentage de 16,2.
- 4 - 9 fermetures entre le 25ème et le 35ème jour, soit 12 % représentant le groupe de fistules vésicales bénignes guéries spontanément.
- 5 - 2 malades repris par leur famille avant cicatrisation complète de la vessie n'ont pu être suivis (observations n° 5 et 10).
- 6 - Une vessie non fermée au 34ème jour fut suturée secondairement et cicatrisa en 10 jours.

Actuellement, d'ailleurs, nous nous sommes fixés comme attitude la réintervention systématique pour cystorrhaphie secondaire des vessies non cicatrisées en 3 semaines.

Au total nous avons donc près de 70 % de guérisons définitives avant le 24ème jour. Il semble bien comme nous le disions plus haut qu'actuellement le temps de guérison se stabilise aux environs du 12ème jour.

COMPLICATIONS

1° - EMBOLIES ET PHLEBITES.

Deux cas d'embolies mortelles pour nos 75 interventions, soit 2,5 %. L'une au 3ème jour, l'autre au 11ème jour.

Aucun cas de phlébite des membres.

Cette faible proportion de complications thrombo-emboliques comparée aux autres statistiques constitue un des caractères de la pathologie marocaine où la maladie phlébitique est rare.

2° - EPIDIDYMITES.

Deux cas, soit 2,5 %. Elles furent bénignes et guérissent rapidement. Ce pourcentage infime est en contradiction avec les différentes statistiques que nous avons pu consulter et qui fournissent environ 12 %. Cette fréquence inhabituelle de complications infectieuses au niveau de l'épididyme nous fait recommander par tous les auteurs la ligature systématique des déférents avant ou au cours de l'intervention.

Nous l'avons abandonnée par suite de la rareté de cette complication.

3° - OSTEITE PUBLIENNE.

L'on connaît la fréquence de cette complication aussi bien dans les opérations par voie suprapubienne que dans les rétropubiennes (statistique GUNNAR HEY 14,3 % dans les FREYER, 27,2 % dans les MILLIN).

D'étiologie non encore élucidée on peut cependant retenir deux éléments prédisposants :

- Les lésions traumatiques de la symphyse pubienne

- L'infection de l'espace de Retzius.

Tous les degrés ont été décrits depuis la simple gêne rétropubienne jusqu'à la symptomatologie sévère avec douleurs vives imposant l'alitement.

L'on a fait de cette complication l'un des griefs les plus importants contre l'opération de MILLIN. En dehors de son caractère souvent très douloureux, elle représente un facteur non négligeable de prolongation du séjour hospitalier.

Nous n'avons jamais constaté chez nos 75 prostatectomisés le moindre symptôme pouvant faire penser à une périostite pubienne même à son début.

3 éléments de technique chirurgicale peuvent, nous semble-t-il, expliquer la non apparition de cette complication.

- 1) L'espace de Retzius n'est pas ouvert.
- 2) Les manipulations, aidées beaucoup par l'emploi de l'aiguille boomerang, sont réduites au minimum.
- 3) La fermeture primitive de la vessie, le capitonnage de la loge prostatique autour de la sonde urétrale réduisent au minimum l'infiltration d'urine.

Car l'emploi prophylactique des antibiotiques, tant pré- que post-opératoire, fut toujours réalisé à des doses et pendant une durée très moyennes, et le fait que nous opérions rapidement et systématiquement tous nos hypertrophiés ne nous a pas toujours, et de loin, permis d'effectuer notre intervention en milieu pratiquement stérile.

L'absence de cette complication constitue un avantage certains de la méthode utilisée.

RESULTATS FONCTIONNELS ELOIGNES

Il eut été des plus intéressant, après avoir examiné, la qualité des résultats immédiats, de pouvoir faire une étude poussée et complète des résultats fonctionnels secondaires ou éloignés.

Il s'agit, en fait, d'une tentative très complexe entraînant déjà de grosses difficultés en milieu hospitalier européen, et pratiquement impossible dans le cas particulier de l'hospitalisation marocaine.

Notre service étant indépendant de toute consultation, il ne nous a été permis de revoir qu'un très petit nombre de nos opérés.

Parmi ceux-ci nous pouvons différencier:

- Ceux que ramenait une complication (lithiase de la loge, cystite chronique).

- Ceux qui étaient hospitalisés pour des affections indépendantes de leur adénomectomie.

Nous les avons interrogés et c'est à la lumière de leur réponse que nous pouvons examiner les résultats éloignés de notre prostatectomie.

La plupart de nos opérés ont repris dès leur sortie de l'hôpital leurs occupations normales.

Nous n'avons jamais relevé d'incontinence aussi passagère fut-elle.

Tous nos malades urinaient normalement à leur sortie et, si des troubles de la miction ont ramené certains d'entre eux, ce fut après un laps de temps pendant lequel leur fonctionnement urinaire était redevenu bon, et pour des complications dont nous avons examiné les causes précédemment (catgut chromé non résorbé).

- Nous n'avons revu aucun malade porteur de diaphragme.

Nous avons d'autre part prolongé l'hospitalisation de certains de nos opérés après guérison pour des examens complémentaires et nous avons pu pendant cette période examiner leur comportement urinaire. Jamais ils n'ont présenté d'incontinence même minime ou passagère; les mictions étaient redevenues normales tant en nombre qu'en quantité.

Etant donné le fait que nous ayons revu certains de nos opérés à l'occasion de complications, nous sommes à même de considérer, pour la plupart de ceux que nous n'avons pas revus que le résultat immédiat favorable obtenu au moment de la sortie de l'hôpital est devenu définitif.

Les quelques statistiques de prostatectomie par la méthode de HRYNTSCHAK que nous avons pu consulter, semblent d'ailleurs s'accorder pour reconnaître l'excellente qualité de ses résultats fonctionnels.

Des URETRO-CYSTOGRAMMES de contrôle ont été pratiqués sur quelques-uns de nos derniers opérés. Tous montrent la béance du col vésical.

De plus, le rétrécissement de la loge prostatique issu de son capitonnage reconstitue un néo urètre prostatique particulièrement bien visible sur le cliché n° 1.

CONCLUSIONS

Au terme de l'étude de ces 75 prostatectomies qui résument l'expérience fournie par un an et demi d'interventions par une méthode dérivée de la prostatectomie de HRYNTSCHAK, un certain nombre de conclusions s'imposent.

Les observations apportées prouvent que nos cas n'ont pas été choisis dans le but d'améliorer des statistiques mais bien d'estimer les capacités d'une méthode.

Rappelons brièvement les avantages de celles-ci :

1°) Nous n'insisterons pas sur les qualités propres de la prostatectomie de HRYNTSCHAK actuellement reconnues et grâce auxquelles cette technique mérite de prendre place à côté des techniques classiques.

- Applicable pratiquement à tous les malades, quels que soient leur âge, leur état général, leur adiposité, la taille de l'adénome.

- De réalisation technique facile, effectuée rapidement, sans matériel chirurgical bien spécial, elle réalise une énucléation de l'adénome, une hémostase de la loge et de la lèvre postérieure du col contrôlables à vue, elle permet une fermeture immédiate de la vessie.

Ainsi amenés, pour des raisons propres au milieu marocain, à utiliser cette technique et à lui apporter quelques modifications, nous avons pu constater que ces dernières présentaient de réels avantages :

1) En facilitant de façon considérable la surveillance post-opératoire et les soins de nos prostatectomisés, point toujours délicat des autres techniques, un drainage vésical effectif et efficace étant réalisé.

- par l'assurance du maintien en place de la sonde urétrale fixée par le procédé de STOK,
- par l'existence d'une irrigation continue,
- par la présence de la sonde dite de sécurité, qui supprime la surveillance.

2) L'efficacité de ce drainage vésical en éliminant la stagnation du sang et des caillots constitue d'autre part une assurance sur les suites immédiates (faciles et non douloureuses) et les complications.

3) La méthode enfin par la qualité de ses résultats permet d'être retenue au même titre que les autres méthodes classiques.

Elle entraîne une mortalité opératoire qui, eu égard aux conditions propres au milieu marocain, correspond aux meilleures moyennes et qui semble d'ailleurs susceptible d'être abaissée considérablement actuellement.

Elle assure une hémostase sûre.

Permet une guérison rapide dans des conditions extrêmement faciles tant pour le malade que pour le personnel.

La qualité de ces résultats secondaires ou éloignés est de même satisfaisante.

C'est ainsi que nous avons été amenés à penser que l'adenomectomie par la technique de HRYNTSCHAK avec les modifications que nous lui avons apportées, et ainsi adaptée aux conditions dans lesquelles nous opérons, constituait une des méthodes les plus simples, les plus rapides, les plus sûres de prostatectomies, remplaçant ainsi cette intervention dans le cadre d'une chirurgie générale facile.

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

Signé : B. FEY

Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Signé : JEAN SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEUR TH. HRYNTSCHAK (Vienne)

Sur la prostatectomie suspubienne trans-vésicale avec fermeture immédiate de la vessie selon la technique de HRYNTSCHAK.

Journal d'Urologie Méd. et Chirurg.
1949 - Tome 55 n° 5-6-page 338-341.

R. COUVELAIRE et P. BURGOT

La place de l'urographie intraveineuse dans l'exploration du prostatique porteur d'un adénome.

Journal d'Urologie 1949 - Tome 55
n° 9 - 643-683.

M. LEBRUN

Prostatectomie simplifiée.

La Presse Médicale - N° 6 - 22 Janvier
1949

J. CIBERT - J. PERRIN - J. COLLENET

Ostéites et ostéoporoses pubiennes post-opératoires.

Journal d'Urologie 1949 - Tome 55
n° 1 - 2 - 3 et 7.

BARRET

Adénome prostatique géant et examens de Laboratoire.

Société d'Urologie du Sud-Ouest
Séance du 6 Février 1949.

J. M. LYNN et R.M. NESBIT

The influence of vasectomy upon the incidence of epididymitis following trans-urètral prostatectomy.

The Journ. of Urol. 59 n° 1 Janv. 1948
page 72.

R. GOUVERNEUR

Présentation d'une sonde en matière plastique.

Société Française d'Urologie.
Séance du 18 Décembre 1950.

Mme LOUISE BOISSON

Soins pré- et post-opératoires chez les prostatiques.

Société Française d'Urologie du Sud-Ouest - 28 Octobre 1950.

J. JOMAIN

Sondes urétrales en matière plastique.

Société Française d'Urologie.
Séance du 19 Juin 1950.

L. BATALLA SABATE

Adenomectomia transvésical perfeccionada. Nuevas normas de technica y de tratamiento post-operatorio.

Arch. Espagnoles de Urologia
6 N° 3 Juillet 1950 - 296.

P. DELINOTTE et FLOUQUET

Adenectomie en un temps avec fermeture vésicale immédiate sur sonde ballon.

Journal Belge d'Urologie
N° 6 Août 1950 - 311.

R. ABESHOUSE ET S. LERMAN

Vasectomy in the prevention of epididymitis following prostatic surgery.

The Urologic and Cutanéous Rewiew
54 N° 7 Juillet 1950. Page 385.

A. PUIGVERT (Barcelonne)

Quelques séquelles obstructives de la prostatectomie.

Journal d'Urologie tome 56, n° 34
1950 - Page 156 - 169.

H. RACHELSBERG

Ostéoporose pubienne post-opératoire.
Journal d'Urologie. Tome 56 n° 34
1950 - Page 204.

R. COUVELAIRE et ALBERT MOULONGUET

De la classification des procédés d'adé-
nectomie prostatique en fonction de
l'hémostase.
Journal d'Urologie - Tome 56, n° 1 -
2. 1950 - Page 10-32.

EDOUARD W. BEACH

Ostéitis pubis : A urologic and roent-
genographic Study.
The Urologic and cutanéous Review 53
N° 10 - Octobre 1949 - Page 577.

R.H. MARTIN

La chirurgie de la prostate dans les
cardiopathies graves.
Société Française d'Urologie.
Séance du 15 Janvier 1950.

LUDWIK MAZUREK

Investigation radiologique du lit pros-
tatique après prostatectomie par les
méthodes de MILLIN et de FREYER.
Polski Przegl. Chir. 1950 N° 22
p. 316.

HEINRICH

Evaluation clinique des malades atteints
d'hypertrophie prostatique.
Chirurg. 1951 N° 22, page 289.

F. MAY

Rapport sur 100 prostatectomies rétro-
pubiennes.
ZSCHR. Urol. 1950 N° 43 - Page 276.

F. GAERTNER

Über die Ergebnisse der Suprapubischen
Prostatektomie.
Zchr. Urol. 1950 - N° 43 - page 443.

GUIDO BOEHM

Retour à la prostatectomie transvési-
cale. Note sur une technique personnelle.
Urologia Trévisio 1951 n° 18 page 322.

P. DELINOTTE et G. CHAPUIS

Adénectomie type FREYER avec utilisation de la sonde ballon hémostatique (résultat de 200 cas).

Journal d'Urologie - tome 58 N° 1 - 2 1952.

TRUC - GUILLAUME - LEVALLOIS

Un cas d'anurie après prostatectomie suivant la technique de HRYNTSCHAK. Réintervention, guérison.

Société Française d'Urologie du Sud-Est. 28 Mars 1952.

J. FORET - MAQUINAY

100 prostatectomies de HRYNTSCHAK

Journal d'Urologie tome 58 n° 12 1952
page 816 - 827.

J. CIBERT

34 prostatectomie de HRYNTSCHAK.

Journal d'Urologie tome 58 - N° 3 - 4 1952, page 129.

P. ALBOUKER et N. ABDOUCHE

Premier résultat de la prostatectomie de HRYNTSCHAK.

Société Française d'Urologie
Séance du 18 Février 1952.

R. GOUVERNEUR

Premier résultat de la prostatectomie HRYNTSCHAK.

Société Française d'Urologie
Séance du 17 Mars 1952.

MARTINS COSTA

Etude critique des voies d'abord de la prostate pour le traitement de l'adénome. Présentation d'une technique personnelle.

Journal d'Urologie - tome 57 n° 6 1951. Page 322.

J.E. BYNNE

Mortality of prostatectomy

The Journal of Urology 67 n° 1
Janvier 1952 - page 121.

R. C. THIMMAN Jr et G.D. STUMP

Suprapubic transvesical prostatectomy
with primary closure of bladder.

The Journal of Urology 67 - N° 1
Janvier 1952 - page 95.

J.A. TAYLOR

Prostatectomy in the Aged.

The Journal of the American Medical
Association 147 - n° 9 - 27 Octobre
1951 - page 808.

R. DENIS

A propos de la prostatectomie simpli-
fiée.

Journal d'Urologie 57 - n° 11 - 12
1951.

JAMES W. HEADSTREAM AND HORACE N. MARVIN

Abandon de la sonde à ballonnet dans
les prostatectomies.

Journal d'Urologie of BALTIMORE 1951
66.765.

L. LEGER

Une technique de la prostatectomie
aseptique.

France Médicale n° 60 - 9 Octobre
1948.

R. AUVIGNE

Réflexions sur la prostatectomie sus-
pubienne en France.

Ouest Médicale n° 12 - 25 Juin 1949
page 222.

P. GORSSE

Evolutions des idées et des techniques
actuelles sur la prostatectomie.
Maroc Médical.

GUNNAR HEY

Périostite pubienne après prostatec-
tomie.

Acta Chirurgica Scandinavia 1950
n° 100 page 607.

SAVINO FANTONI

Ostéite pubienne après prostatectomie
transvésicale.

Ann. Ital. Chir. 1951, n°28 - page 9.

E. BRODNY and SAMUEL A. ROBINS

Complications après prostatectomie.
Etude urétrocystographique.

J. Internat. Col. Surgeons 1950 n° 14
Page 143.

M. P. FABRE

Opération de FREYER modifiée
Société Française d'Urologie
19 Juillet 1943.

J. CHALLIOL - P. GARRIGUE

Résultats de la prostatectomie de
HRYNTSCHAK modifiée en milieu musulman.
Société de Médecine et d'Hygiène du
Maroc - Janvier 1955.

J. CHALLIOL

Avantages d'une nouvelle technique de
prostatectomie en milieu musulman.
A paraître Mai 1955, Maroc Médical.

J. CHALLIOL - P. GARRIGUE

Etude critique de 75 cas de prostatec-
tomies par la méthode de HRYNTSCHAK
modifiée, pratiquées dans les deux der-
nières années.

Communication III - Journées Médicales
du Maroc 16 Avril 1955.
